



Bezuinigingen en hervormingen in de zorg

Auteur(s):

F.T. Schut

De auteur is werkzaam bij het instituut *Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus MC Rotterdam*. Hij dankt Wynand van de Ven voor waardevol commentaar op een eerdere versie. schut@bmg.eur.nl

Verschenen in:

ESB, 89e jaargang, nr. 4443, pagina 471, 24 september 2004

Rubriek:

zorgsector

Trefwoord(en):

Ingrijpende hervormingen moeten de zorg doelmatiger maken. Op korte termijn bieden die echter geen oplossing voor de grote budgettaire problemen en wordt teruggegrepen op vertrouwde bezuinigingsmaatregelen.

Qua inhoud en timing staat de zorgbegroting van 2005 in het teken van de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw), waarvan het ontwerp de vrijdag voor Prinsjesdag bij de Tweede Kamer werd ingediend (ministerie van vws 2004a). De Zorgverzekeringswet regelt per 1 januari 2006 een basisverzekering curatieve zorg voor alle Nederlanders die de huidige ziekenfonds- en particuliere verzekering moet vervangen. Daarnaast wordt ook de AWBZ drastisch herzien door een substantieel deel van de verstrekkingen over te hevelen naar een nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). In dit artikel worden de aard en de effectiviteit van enkele maatregelen onder de loep genomen. Eerst volgt een korte terugblik op het recente beleid, waarna vooral de no-claimregeling en de maatregelen binnen de AWBZ aandacht krijgen.

Recent beleid

De urgentie van een fundamentele hervorming van het zorgstelsel is groot. In 2000 werd de fel bekritiseerde aanbodregulering en budgettering radicaal overboord gezet zonder dat alternatieve sturingsinstrumenten voorhanden waren. Dankzij het sindsdien ingevoerde 'boter-bij-de-vis-principe' mochten zorginstellingen alle extra gemaakte productie declareren bij de zorgverzekeraars. De effecten van de overgang van gesloten naar open-eind financiering lieten niet lang op zich wachten. De productie in zowel de curatieve als in de care sector nam fors toe en de wachtlijsten werden korter. De prijs die daarvoor betaald werd, was echter hoog. Terwijl de economische groei vrijwel volledig stagneerde namen de zorguitgaven explosief toe. De zorgquote liep in korte tijd op van 8,2 procent in 1999 tot 9,7 procent in 2004, terwijl die stijging in de daaraan voorafgaande 20 jaar nog geen half procentpunt had bedragen. De stijging van de collectieve zorguitgaven gaat dan ook veel harder dan het volgens het Budgettair Kader Zorg (BKZ) toegestane 'budget' van circa 2,5 procent volumegroei per jaar.

Terugblik 2004

Bij gebrek aan effectieve sturingsinstrumenten, zag het kabinet zich het afgelopen begrotingsjaar genoodzaakt fors te snijden in de collectieve verzekeringsaanspraken. Zo werden de collectieve zorguitgaven in 2004 met naar raming ruim € 900 miljoen verlaagd door een uitdunning van het ziekenfondspakket en met € 180 miljoen door een verhoging van eigen betalingen in de awbz. Rantsoenering via de hoeveelheid werd dus vervangen door rantsoenering via de prijs.

Maar ook werd, bij gebrek aan beter, teruggegrepen op de vertrouwde aanbod- en prijsregulering. Zo werden de producenten van generieke geneesmiddelen onder dreiging van een forse verlaging van de vergoedingslimieten min of meer gedwongen tot een 'vrijwillige' prijsverlaging van gemiddeld veertig procent, wat ruim € 400 miljoen aan collectieve uitgavenbesparing oplevert. In de awbz heeft het kabinet als 'noodstop' de productie bevroren op het niveau van de per 1 maart 2004 reeds goedgekeurde productieafspraken. Alleen als dit leidt tot "onaanvaardbare situaties" en zorgkantoren extra productie bij de ene zorgaanbieder niet kunnen compenseren door verlaging van de productieafspraken met andere zorgaanbieders, mag aanvullende productiegroei plaatsvinden.

Niettemin laat begroting van 2004 per saldo een gat zien van ruim één miljard euro. Ruim € 600 miljoen respectievelijk € 270 miljoen hiervan komt op het conto van extra productieafspraken in de care- en de curesector. Verder viel in de awbz een forse tegenvaller te noteren (€ 189 miljoen) in de opbrengst van de eigen betalingen.

Het boter-bij-de-vis-principe stimuleert tot extra productie maar niet tot extra doelmatigheid. Integendeel, door de ongeclausuleerde vergoeding van extra productie worden de bestaande prikkels voor kostenminimalisatie grotendeels weggenomen omdat de tarieven doorgaans veel hoger zijn dan de marginale kosten. In het nieuwe stelsel voor curatieve zorg moeten zowel zorgverzekeraars, zorgaanbieders als zorggebruikers een veel groter belang krijgen bij een doelmatige zorgverlening. Vanwege de relatief zwakke positie van de patiënt is daarbij een belangrijke rol weggelegd voor de zorgverzekeraar als contractpartner voor de zorgaanbieder.

Voordat zorgverzekeraars echter een effectief tegenwicht kunnen bieden in de onderhandelingen met de zorgaanbieders, zal nog heel wat water door de Rijn moeten vloeien. De nieuwe Zorgverzekeringswet is in dit opzicht niet meer dan een startpunt. Om zorgverzekeraars de nodige slagkracht te geven zal ook het zorgaanbod ingrijpend moeten worden hervormd. Belangrijke wetsontwerpen voor een liberalisering van prijsstelling, contractering en toetreding liggen inmiddels bij de Tweede Kamer. Tenslotte is er met ingang van 2004 een Zorgautoriteit opgericht die moet gaan toezien op de transitie van aanbodregulering naar marktwerking op daartoe in aanmerking komende deelmarkten van de gezondheidszorg.

De eerste concrete stappen in de richting van het nieuwe stelsel worden al per januari 2005 gezet. Vanaf dat moment moeten zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs van tien procent van de ziekenhuisproductie op basis van (clusters van) diagnose behandeling combinaties (dbc's). Deze prijsonderhandelingen hebben overigens geen betrekking op de kapitaallasten en de honoraria van medisch specialisten, die vooralsnog centraal gereguleerd blijven. Daarnaast worden de prijzen van fysiotherapie bij wijze van experiment vanaf 1 januari 2005 volledig vrij onderhandelbaar.

Op korte termijn biedt de stelselherziening echter geen soelaas voor de sterk stijgende zorguitgaven. In het afgelopen en komende begrotingsjaar probeert het kabinet daarom met allerlei kunst- en vliegwerk de zorguitgaven binnen de afgesproken financiële kaders te persen.

Beheersingsmaatregelen 2005

Uit de Rijksbegroting blijkt dat bij ongewijzigd beleid in 2005 een overschrijding van het bkz dreigt in dezelfde orde van grootte als in 2004 (zie tekstkader op de vorige pagina). Voor een belangrijk deel komt dit door een structurele doorwerking van de extra gerealiseerde productie in voorafgaande jaren.

Om de overschrijding te compenseren worden twee sporen bewandeld. In de eerste plaats worden de collectieve zorgaanspraken wederom ingeperkt. Een verdere uitdunning van het ziekenfondspakket blijkt echter niet eenvoudig en levert slechts € 70 miljoen op. De rek lijkt daar grotendeels wel uit. Het grootste deel van de collectieve lastenbesparing moet komen door de invoering van de no-claimregeling. In de tweede plaats probeert de overheid via centrale afspraken met de brancheorganisaties van zorgaanbieders 'vrijwillige' aanbodregulering af te dwingen.

To claim or not to claim?

Op grond van de no-claimregeling krijgen volwassen ziekenfondsverzekerden vanaf 2005 aanspraak op een no-claimteruggave van € 250 minus de in dat jaar gemaakte zorgkosten (waarbij de kosten van huisartsbezoek slechts voor 25 procent meetellen). Naar schatting zullen verzekerden gemiddeld € 167 aan zorgkosten maken die onder de no-claimregeling vallen. Om de no-claimteruggave te kunnen financieren zullen ziekenfondsen hun nominale premie dus moeten verhogen met circa € 83 per (volwassen) verzekerde per jaar. De uitvoeringskosten van de no-claimregeling worden geschat op € 20 miljoen (€ 2,50 euro per verzekerde) maar deze kunnen volgens het kabinet verrekend worden met een premieverlaging die mogelijk is dankzij het remgeldeffect. Het kabinet verwacht namelijk dat ziekenfondsverzekerden door de no-claimregeling kostenbewuster worden en minder zorg gaan gebruiken. Op grond van een notitie van het cpb (2004) raamt het kabinet dit besparings- of remgeldeffect op € 190 miljoen (circa € 20 per verzekerde).

Het is echter onwaarschijnlijk dat dit remgeldeffect ook daadwerkelijk zal worden gerealiseerd. Hoewel de titel van de cpb-notitie anders suggereert, raamt het cpb niet de remgeldeffecten van een no-claim maar van een eigen risico van € 250. Het cpb tekent daarbij aan dat het geraamde effect van ruwweg € 0,3 miljard waarschijnlijk groter is dan bij een no-claimregeling omdat "de prikkel om zuinig met zorg om te gaan waarschijnlijk minder sterk zal zijn dan in een systeem waar de patiënt direct moet betalen" (cpb, 2004: 2). Wellicht op grond van deze overweging heeft het kabinet het remgeldeffect bijgesteld tot € 190 miljoen, maar dit lijkt niet meer dan een slag in de lucht.

Vormgeving bepalend

Uit eerdere ervaringen met eigen-bijdrageregelingen blijkt dat niet alleen de hoogte maar vooral de vormgeving van de regeling van cruciale invloed is op de hoogte van het remgeldeffect. Zo bleek de voormalige eigen-bijdrageregeling in de Ziekenfondswet weinig effectief omdat de huisarts buiten de regeling was gehouden en verzekerden pas geruime tijd na medische consumptie de rekening gepresenteerd kregen. In de huidige vormgeving van de no-claimregeling is de link tussen gebruiken en betalen zelfs nog aanzienlijk zwakker dan in de eerdere regeling. Om op administratieve lasten te besparen, krijgen ziekenfondsverzekerden slechts één keer - enkele maanden na afloop van het jaar waarop de no-claim betrekking heeft - van hun ziekenfonds te horen of zij iets terugkrijgen. Daar ziekenfondsverzekerden nooit een rekening zien omdat ziekenfondsen direct met de zorgverleners afrekenen, zullen zij in de loop van het jaar geen idee hebben van de hoogte van hun eventuele no-claimsaldo. Door het ontbreken van periodieke feedback over de kosten van zorggebruik en de resterende no-claimteruggave is het zeer onwaarschijnlijk dat verzekerden hun consumptiegedrag zullen aanpassen. Natuurlijk zouden ziekenfondsen hun verzekerden ook op eigen initiatief kunnen informeren over de stand van hun no-claimteruggave. De kans daarop lijkt echter klein. De kosten van deze extra informatie drukken namelijk direct op het beheerskostenbudget, terwijl de baten onzeker zijn (terwijl bovendien een deel van het potentiële remgeldeffect moet worden terugbetaald in de vorm van een hogere no-claimteruggave). Tenslotte is bekend uit economisch-psychologisch onderzoek (Tversky en Kahneman, 1981) dat mensen veel sterker reageren op potentiële verliezen (eigen betalingen) dan op potentiële winsten (no-claimteruggave). Al met al moet dus sterk worden getwijfeld aan het realiteitsgehalte van het door het kabinet geraamde positieve gedragseffect. De individuele verantwoordelijkheid van de burger - waar het kabinet zwaar op inzet - wordt door deze maatregel niet gestimuleerd. Voor de burger lijkt de vraag "to claim or not to claim?" dan ook niet relevant. Het cda hoeft dus niet bevreesd te zijn dat de huidige no-claimregeling tot onverantwoord uitstel van huisartsbezoek zal leiden.

Bij ontstentenis van een remgeldeffect heeft de no-claimregeling dus vooral een verdelingseffect. Dit effect valt nadelig uit voor chronisch zieken - die meer premie betalen maar niks terugkrijgen - en voordelig voor gezonde verzekerden, voor wie de no-claimteruggave de premieverhoging overtreft (per saldo valt de regeling neutraal uit). Een voor het kabinet wellicht belangrijker effect is echter de verschuiving van collectieve naar particuliere lasten. De kosten die onder de no-claimregeling vallen hoeven namelijk niet langer tot de collectieve lasten te worden gerekend omdat de nominale premie die daartegenover staat betrekking heeft "op een aanwijsbare tegenprestatie." (Tweede Kamer 2004, pagina 22). Hierdoor leidt de maatregel tot een collectieve lastenreductie van circa €

1,4 miljard (€ 167 vermenigvuldigd met 8,3 miljoen volwassen verzekerden). Ofschoon deze lastenverschuiving macro-economisch lood-om-oud-ijzer is, verlicht het in elk geval de budgettaire zorgen van de minister van Volksgezondheid.

Convenanten

Een tweede spoor dat het kabinet volgt om grip te krijgen op de collectieve zorguitgaven is het afdwingen van convenanten. Het succes van het geneesmiddelenconvenant smaakte kennelijk naar meer. Daarom werd het verguisde poldermodel weer van stal gehaald. Medio 2004 sloot het kabinet convenanten met achtereenvolgens de brancheorganisatie van ziekenhuizen en de brancheorganisaties in de AWBZ. Met de ziekenhuizen is afgesproken dat in de komende jaren 2,3 procent extra productie bovenop de toegestane volumegroei uit de beschikbare middelen zal worden betaald door doelmatiger te gaan werken. Deze afspraak levert naar verwachting een structurele besparing op van € 240 miljoen. Met de brancheorganisaties in de AWBZ werd door het kabinet een vergelijkbare afspraak gemaakt. Tot 2007 zullen de zorgaanbieders binnen hetzelfde budget jaarlijks 1,25 procent meer cliënten helpen. In 2005 moet dit convenant € 490 miljoen opleveren. Het kabinet stelt daar tegenover dat als de AWBZ-uitgaven binnen het vastgestelde financiële kader blijven er geen nieuwe pakket- of generieke tariefsmaatregelen worden getroffen. Maar het valt te betwijfelen of de brancheorganisaties hun leden effectief kunnen aansporen tot een grotere doelmatigheid als individuele zorginstellingen hierbij geen zelfstandig belang hebben.

Hervorming AWBZ

In tegenstelling tot de curatieve sector is er in de AWBZ nog geen orderingsconcept ontwikkeld waarbij de betrokken partijen een daadwerkelijk belang krijgen bij een doelmatig mogelijke zorgverlening. In de Rijksbegroting kondigt het kabinet aan in 2005 te willen starten met een interdepartementaal beleidsonderzoek met als kernvraag hoe de AWBZ doelmatig kan worden georganiseerd. Toch worden er ook nu al diverse maatregelen genomen om de doelmatigheid te vergroten. Met het medio 2004 gestarte landelijke Centrum Indicatiestelling Zorg (ciz) hoopt het kabinet de indicatiestelling te verbeteren en de enorme regionale spreiding tegen te gaan. Daarnaast is de contracterplicht voor zorgkantoren per 1 september 2004 afgeschaft om hen meer armslag te geven bij de onderhandelingen met zorgaanbieders. Zorgkantoren moeten extra onderhandelingsinspanningen echter zelf betalen uit een toch al krap beheerskostenbudget, terwijl zij geen revenuen ontvangen als de zorg doelmatiger wordt verleend. Het College van Toezicht op Zorgverzekeringen moet volgens het kabinet de zorgkantoren scherp houden, maar duidelijke toetsingscriteria en sancties ontbreken vooralsnog. Over een eventuele introductie van financieel risico voor de zorgkantoren wordt door het kabinet pas na 2006 besloten. Het is dus niet waarschijnlijk dat zorgkantoren de eerstvolgende jaren een effectieve rol zullen gaan spelen in het bevorderen van doelmatigheid in de AWBZ.

De AWBZ-problematiek wordt deels 'opgelost' door de op ondersteuning gerichte aanspraken in 2006 over te hevelen naar de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De gemeenten worden verantwoordelijk voor de verstrekking van de overgehevelde voorzieningen. Welke voorzieningen de gemeente op dat terrein dan realiseert is een zaak van gemeentelijke besluitvorming. Voor het overgehevelde deel van de AWBZ-zorg wordt dus per 2006 zowel de openeindfinanciering als het recht op zorg afgeschaft. Hoewel de verschuiving volgens het kabinet "nadrukkelijk niet inhoudt dat gemeenten nu het beheersingsvraagstuk van de AWBZ moeten oplossen" (ministerie van vws, 2004b: 6), legt de overheid wel de hete aardappel van het bepalen op welke van deze voorzieningen burgers vanaf 2006 recht houden bij diezelfde gemeenten neer.

Voor het kabinet een niet onbelangrijk bijkomend voordeel van de WMO is dat het de tikkende tijdbom onder de AWBZ-uitgaven van het persoonsgebonden budget (pgb) grotendeels onschadelijk maakt. De uitgaven hiervan zijn de afgelopen jaren spectaculair gestegen. Zo belopen de toegekende pgb-bedragen in 2004 bijna € 900 miljoen, tegen circa € 600 miljoen in 2003. Een groot probleem is dat het pgb aanzet tot verdringing van 'gratis' door betaalde mantelzorg. Een volledige 'monetarisering' van de mantelzorg kan leiden tot een toename van de AWBZ-uitgaven van ruim € 4 miljard op jaarbasis, ofwel ruim twintig procent van de totale AWBZ-uitgaven (Van den Berg en Schut, 2003). Door de op ondersteuning gerichte zorg naar de WMO over te hevelen, verdwijnt echter ook het pgb voor huishoudelijke zorg (tenzij de gemeenten deze pgb's willen overnemen) en daarmee het risico van verdringing van gratis mantelzorg. Een resterend probleem van de pgb-regeling is dat deze niet onder de bevrozing van de productieafspraken valt en dus kan worden aangewend om de opgelegde productiebeperking te omzeilen. Om dit probleem op te lossen kondigt het kabinet in de Rijksbegroting aan de regeling aan een zodanig subsidieplafond te zullen binden dat een 'beheerste groei' mogelijk is (de hoogte van het plafond wordt overigens niet nader gespecificeerd).

Conclusie

Precies honderd jaar geleden deed Abraham Kuiper de eerste poging om een volksverzekering voor ziektekosten in te voeren. Het zou de eerste poging worden in een lange rij mislukte plannen en voortijdig gestrande wetsvoorstellen. Gaat het minister Hoogervorst wel lukken om de nieuwe Zorgverzekeringswet door het parlement te loodsen? Behalve inkomenspolitieke problemen - die het kabinet overigens tactisch heeft verschoven naar de zomer van 2005 door de definitieve vaststelling van de zorgtoeslagen afhankelijk te maken van het 'integrale koopkrachtbeeld' - zijn er nog meer potentiële beren op de weg. Zo is de Raad van State nog niet overtuigd dat de nieuwe wet voldoende 'eu-proof' is en kan ook een mogelijke mislukking van het dbc-experiment twijfels zaaien en roet in het eten gooien.

Niettemin lijkt de kans op welslagen groter dan ooit. Het huidige stelsel is in een zodanige impasse geraakt dat een grondige hervorming urgent is. Ook zijn de afgelopen vijftien jaar belangrijke randvoorwaarden voor de invoering van gereguleerde concurrentie gerealiseerd. Toch is een herziening van het verzekeringsstelsel niet meer dan een noodzakelijke voorwaarde voor een doelmatige marktordering in de curatieve zorg. Zij vormt slechts de opmaat voor de broodnodige hervorming van de aanbodzijde die de komende jaren gestalte moet krijgen. Daarnaast moet er ook een adequate orderingsystematiek voor de AWBZ worden ontwikkeld.

Op korte termijn bieden de hervormingen dus geen oplossing voor de budgettaire problemen in de zorg. Daarom is het waarschijnlijk dat ook de komende Rijksbegrotingen gekenmerkt zullen worden door budgetoverschrijdingen en een mix van aanbodregulering via convenanten en reducties van collectieve verzekeringsaanspraken om deze overschrijdingen te beperken.

Erik Schut

Literatuur

Berg, B. van den en F.T. Schut (2003) Het einde van gratis mantelzorg? *esb*, 5 september 2003, 420-422.

cpb (2004) *De invoering van een no-claimteruggaveregeling in de zfw*. cpb Notitie, 31 maart 2004, Den Haag.

Ministerie van vws (2004a) *Wet tot regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking*. Den Haag.

Ministerie van vws (2004b) *Zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Tweede Kamer, 29538, nr.1.

Tversky, A. en D. Kahneman (1981) The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211, 453-458.

Tweede Kamer (2004) *Wijziging van de Ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimteruggaaf*. Nota naar aanleiding van het verslag, 29483, nr.8.